

Universidades Lusíada

Lomba, Cristina
Pitarma, Maria Dulce
Freitas, Maria Filomena
Zagalo, Maria Gabriela

**Intervenção social no Hospital Pediátrico em
Coimbra : doentes evacuados dos PALOP : da
esperança à realidade**

<http://hdl.handle.net/11067/4782>
<https://doi.org/10.34628/j95k-6637>

Metadados

Data de Publicação

2017

Resumo

Este trabalho surge como uma reflexão no decurso da prática profissional do Serviço Social sobre a problemática dos doentes evacuados, ao abrigo dos acordos de cooperação dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, no âmbito da saúde. Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, do tipo descritivo/exploratório. A amostra é constituída por 150 doentes, acompanhados pelo Serviço Social de 2009 a 2015. O Assistente Social avalia a situação sociofamiliar, a existência de respostas socia...

Tipo

article

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-ISSSL] IS, n. 49-50 (2017)

Esta página foi gerada automaticamente em 2023-05-05T12:22:22Z com
informação proveniente do Repositório

**INTERVENÇÃO SOCIAL NO HOSPITAL
PEDIÁTRICO EM COIMBRA.
DOENTES EVACUADOS DOS PALOP
“DA ESPERANÇA À REALIDADE”**

Cristina Lomba

Maria Dulce Pitarma

Maria Filomena Freitas

Maria Gabriela Zagalo

Assistentes Sociais no CHUC, Hospital Pediátrico

Resumo: Este trabalho surge como uma reflexão no decurso da prática profissional do Serviço Social sobre a problemática dos doentes evacuados, ao abrigo dos acordos de cooperação dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, no âmbito da saúde.

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, do tipo descritivo/exploratório. A amostra é constituída por 150 doentes, acompanhados pelo Serviço Social de 2009 a 2015.

O Assistente Social avalia a situação sociofamiliar, a existência de respostas sociais, a capacidade da família para fazer face às despesas de saúde e de primeira necessidade, assim como a sua situação legal de permanência em Portugal. Assegura ainda a articulação com as redes formais e informais.

Conclui-se que os Acordos de Cooperação não são totalmente concretizados, originando situações graves de precariedade. É importante dar a conhecer as dificuldades destes doentes evacuados, evidenciando-se a ausência de apoios efetivos das respetivas embaixadas.

Palavras-chave: Intervenção social, Doentes evacuados, PALOP.

Abstract: This article leads to a reflection about the course of the professional practice of the Social Service on the issue that evacuated patients under the cooperation agreements of the African Countries of Portuguese Official Language (PALOP) in the health's field.

This is a quantitative, descriptive/exploratory approach. The sample is built from 150 patients, follow-up by Social Work from 2009 to 2015.

The Social Worker assesses the socio-familiar situation, the

existence of social responses, the family's ability to pay for health and basic expenses, as well as their legal status of residence in Portugal. It also ensures articulation with formal and informal networks.

Therefore, the Cooperation Agreements are not fully implemented, allowing serious situations of precariousness. It is important to expose the difficulties of these evacuated patients, making clear the absence of effective support from the respective embassies.

Keywords: Social intervention, Evacuated patients, PALOP.

Introdução

Neste estudo pretende-se evidenciar a intervenção do Serviço Social do Hospital Pediátrico (HP) em Coimbra junto desta população, de forma a facilitar a sua integração no hospital e no país. O interesse pelo tema surge, naturalmente, do contacto diário com imigrantes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) que acompanham os seus filhos em tratamento no HP.

Enquadramento teórico

No ano de 1974 ocorreram grandes transformações políticas em Portugal, que levaram à independência das suas ex-colónias, nomeadamente Cabo Verde, Angola, Moçambique, Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe. Procurando não quebrar as relações que até então existiam, estabeleceram-se acordos em vários domínios, entre os quais no domínio da saúde, orientada por princípios de respeito mútuo, soberania nacional, igualdade e fraternidade.

Os Acordos de Cooperação no âmbito da saúde entre Portugal e os PALOP, que foram celebrados entre 1977 e 1992, têm levado a algumas reflexões, procurando identificar as melhores respostas às reais necessidades dos doentes. Segundo Vaz (2012), a avaliação realizada tem vindo a demonstrar que a ajuda prestada, nem sempre

é bem direccionada e eficaz, face às reais necessidades da população que beneficia destes acordos.

Genericamente, os PALOP apresentam Índices de Desenvolvimento Humano muito baixos. Na sua base estão a escassez de água potável, a insuficiência dos sistemas de saneamento público, a má nutrição, a falta de higiene, a falta de profissionais técnicos habilitados na área de saúde e a escassez de meios complementares de diagnóstico, campanhas de vacinação insuficientes e um Sistema Nacional de Saúde inacessível à grande maioria da população, provocando assim doenças endémicas, transmissíveis e problemas pré-natais. Neste enquadramento, verifica-se a mais-valia de poder recorrer aos serviços de saúde de outro país, como forma de garantir o apoio suplementar ao existente no país de origem e assim garantir a possibilidade de tratamento dos casos mais complexos.

Mas o excesso de burocracia no processo de triagem e decisão leva a que muitos doentes tenham um longo período de espera para obterem a autorização da evacuação. Além dos doentes que viajam ao abrigo dos protocolos estatais existentes, outros doentes vêm para Portugal fora dos acordos de saúde. Estas situações ocorrem porque o hiato entre a identificação da necessidade de tratamento e o processo de evacuação é genericamente excessivo (Henriques, 2009). Este facto tem como consequência a admissão de doentes sem processo de saúde devidamente organizado, sem apoio institucional, com escassos recursos financeiros e por vezes sem apoio familiar.

Verifica-se ainda, que a implementação dos Acordos de Cooperação não é totalmente concretizada, sendo premente adequar a legislação atual e a vontade política para operacionalizar essa mudança. Estes desajustamentos impossibilitam muitas vezes o trabalho adequado por parte dos profissionais. Mediante estes factos, as necessidades de deslocação para tratamento devem ser controladas, pois estes acordos podem, em muitos casos, servir como escapatória do país de origem, uma vez que não assegura condições de vida condignas, nem condições de tratamento médico aos seus cidadãos.

1. Acordos bilaterais em saúde

O Alto Comissariado da Saúde tem como missão colaborar na política externa portuguesa de cooperação na ajuda pública ao desenvolvimento, intervindo no sector da saúde. O objetivo da cooperação bilateral centra-se no reforço das relações entre Portugal e os PALOP, conjugando o progresso e a consolidação dos recursos existentes, através da assistência, desenvolvimento de infraestruturas e equipamentos (ACS, 2011).

Os Acordos de Cooperação internacional no domínio da saúde visam assegurar a assistência médica de doentes evacuados dos PALOP que se deslocam a Portugal, com o propósito de lhes serem prestados cuidados de saúde hospitalares e em regime de ambulatório no Serviço Nacional de Saúde (SNS), para os quais o sistema de saúde do país de origem não tem capacidade técnica.

Importa salientar que para entrar em território português, estes cidadãos devem satisfazer alguns requisitos, como a posse de passaporte com o visto de entrada atualizado. O Governo Português aprovou o acordo sobre a concessão de vistos temporários para o tratamento médico a cidadãos da comunidade dos PALOP (D.L. n.º 32/2003 de 30 de Julho). O pedido de visto de estadia temporária deverá ser acompanhado do respetivo relatório médico comprovativo de que o doente tenha assegurado o internamento ou tratamento ambulatório em estabelecimento oficial de saúde. O doente poderá ainda necessitar de acompanhamento familiar e o acompanhante necessita de fazer prova dessa situação (D.L. n.º 23/2007 de 4 de Julho, Art.º 54, n.º 1).

2. Deveres e obrigações de cada país

Os acordos bilaterais de cooperação englobam deveres e obrigações para as partes envolvidas. Estas acordaram estabelecer relações de cooperação no campo da saúde, incluindo assistência médica a doentes evacuados, e promover a formação de médicos e enfermeiros através de estágios hospitalares e a participação dos

profissionais de saúde de Portugal em missões técnico-científicas nos países africanos (Gouveia, 1993).

As diferenças dos acordos estabelecidos entre Portugal e cada um dos PALOP incidem no número máximo por ano de doentes evacuados a tratar e no pagamento de despesas¹.

A Direção Geral de Saúde (DGS) publicou o Manual de Acolhimento no acesso ao sistema de saúde de cidadãos estrangeiros onde estão englobados os doentes abrangidos pelos Acordos de Cooperação no domínio da saúde celebrados entre Portugal e os PALOP e que estão sujeitos a regras de procedimento de acesso ao SNS. São definidas as normas gerais de encaminhamento e assistência a doentes evacuados e clarifica os procedimentos inerentes aos mesmos ao abrigo dos Acordos de Cooperação.

Assim, a responsabilidade do Estado Português visa garantir a assistência médica hospitalar, através do internamento, hospital de dia ou ambulatório e meios complementares de diagnóstico e terapêutica e, ainda, quando a situação clínica assim o exige, o transporte em ambulância do aeroporto até ao hospital.

O país africano que envia o doente é responsável pelo transporte de vinda e regresso ao país de origem, assim como, a deslocação do aeroporto até à instituição hospitalar indicada pela DGS. Suporta ainda o alojamento dos doentes não internados ou em regime de hospital de dia e tratamento ambulatorio, assim como o alojamento no período pós-alta até à data de regresso. Os medicamentos, produtos farmacêuticos ou próteses prescritos, assim como o funeral ou repatriamento do corpo em caso de morte, também são da sua responsabilidade.

De todos os países, exceciona-se a Angola, em que o Estado Português suporta metade das despesas com assistência médica aos seus cidadãos, bem como as despesas inerentes com exames radiológicos e biológicos. Tanto Angola como Moçambique suportam metade das despesas relacionadas com alojamento a doentes não internados ou em regime de ambulatório.

¹ Segundo fonte da Administração Central do Sistema de Saúde, de 2010: Cabo Verde - 300, São Tomé e Príncipe - 200, Moçambique - 50, Angola - 200 e Guiné-Bissau - 300.

3. Procedimentos de evacuação

Para se proceder à evacuação de doentes para tratamento em Portugal são necessários alguns procedimentos, tais como (DGS, 2004):

- A Junta Médica Nacional do país de origem elabora um relatório clínico, onde fundamenta a necessidade de evacuar o doente;
- O relatório clínico é submetido a apreciação do Ministério da Saúde do país africano e o processo é remetido à respetiva embaixada Portugal;
- A embaixada remete o processo à DGS com um pedido formal para a sua aceitação no âmbito dos acordos de cooperação internacional;
- A DGS aprecia o pedido, emite um parecer técnico e autoriza a evacuação do doente indicando o hospital público adequado à patologia em causa;
- A DGS solicita a marcação de consulta ao serviço de gestão de doentes do hospital escolhido;
- O hospital informa a DGS da data da consulta;
- A DGS transmite a data da consulta à embaixada do respetivo país africano em Portugal e à embaixada de Portugal nesse país, a qual comunica ao Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) para facilitar a obtenção do visto específico de estadia temporária;
- A embaixada do país africano em Portugal, informa o seu Ministério da Saúde da marcação da consulta, para que este acione os procedimentos para a deslocação;
- Em caso de urgência a embaixada do PALOP ou o respetivo Ministério da Saúde informa a DGS sobre a vinda do doente;
- A DGS decide qual o hospital mais adequado para a receção do doente urgente e avisa-o da sua vinda.

4. Alta do doente evacuado

A alta do doente faz cessar todos os seus direitos a nível de cuidados de saúde na rede de cuidados do SNS, ao abrigo dos

Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde (DGS, 2011).

É dever do hospital que tenha prestado cuidados de saúde comunicar imediatamente à DGS a alta definitiva que, por sua vez, transmite à respetiva Embaixada do país africano em Portugal e à Embaixada de Portugal nesse país, com vista a ser preparada a viagem de regresso.

Os doentes evacuados deverão fazer-se acompanhar de relatório clínico detalhado para garantir o seguimento do doente pelo seu médico assistente no país de origem.

Apresentação do estudo

1. 1. Objetivo geral

Este trabalho tem como objetivo efetuar um estudo de caracterização desta população e descrever a Intervenção Social com as famílias dos doentes evacuados dos PALOP. Pretende ainda identificar as dificuldades com que se depara esta população, a ausência de respostas e refletir sobre as necessárias mudanças nestes processos de evacuação.

2. 2. Objetivos específicos

- a) Caracterizar os doentes e suas famílias.
- b) Descrever as dificuldades e analisar os apoios formais e informais dos acompanhantes, durante a sua estada em Portugal.
- c) Descrever a intervenção do Serviço Social com as famílias.
- d) Promover a discussão e a reflexão sobre as lacunas no cumprimento dos acordos de cooperação por parte dos países de origem e ainda apresentar propostas de eventuais ajustes.

3. 3. População alvo

A população alvo é constituída por 150 doentes em idade pediátrica, evacuados ao abrigo dos acordos de saúde celebrados entre Portugal e PALOP, acompanhados pelo Serviço Social.

4. 4. Metodologia

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, do tipo

descritivo/exploratório.

Os dados provêm da análise dos registos dos processos sociais de 2009 a 2015, obtidos na Entrevista de Acolhimento, assim como na análise da intervenção social da Assistente Social.

Com o objetivo de uma análise quantitativa dos dados recolhidos nos processos sociais, foi elaborada uma grelha, onde consta: o país de origem, serviço clínico que recebeu o doente, sexo, a idade e a situação escolar da criança ou jovem, o acompanhante e a sua relação com o doente, a tipologia da família, a escolaridade, a profissão de cada um dos progenitores e redes de suporte.

A classificação utilizada relativamente à profissão e nível de instrução dos pais foi baseada nos critérios da escala de Graffar.

5. Resultados do estudo

O país de proveniência com maior incidência de doentes evacuados para o HP é Cabo-Verde com 61%, seguido de S. Tomé com 16% e Angola com 12%, conforme a fig. 1.

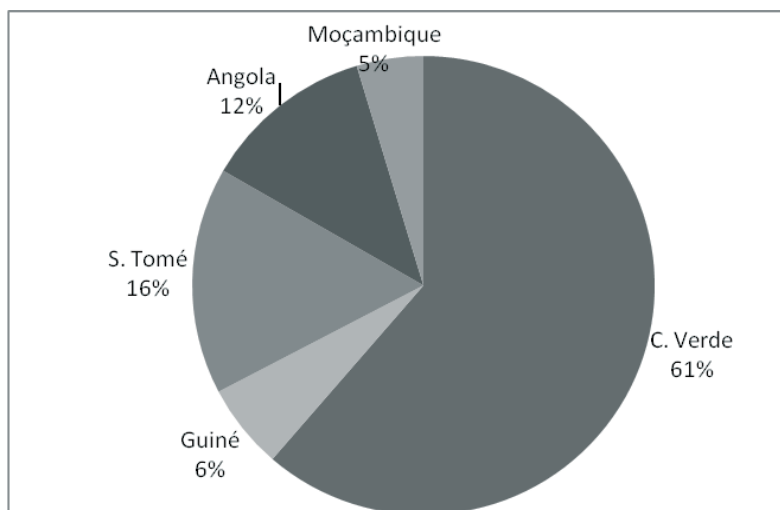


Figura nº 1 – Distribuição dos doentes por país de proveniência

O país de proveniência, com maior percentagem de doentes,

encontrado neste estudo, reflete a articulação e os protocolos existentes entre estes países e os recursos disponibilizados no HP.

Segundo o estudo de Henriques (2012), Moçambique tem uma triagem selectiva, não enviando casos que podem ser resolvidos no país, ou com pouca hipótese de sobrevivência. Angola e Moçambique aliam o maior rigor na triagem à sua autonomia em termos de oferta de cuidados de saúde e por isso mesmo, enviam menos doentes para tratamento em Portugal. Por outro lado, refere ainda que a Guiné é o país que menos doentes encaminha, pois tem uma organização e estrutura menos eficaz relativamente à saúde. Em relação a Cabo Verde, a mesma autora realça que os fortes laços culturais e históricos existentes entre os dois países, associado à existência de familiares e amigos que os podem acolher e ajudar, podem justificar a grande percentagem destes doentes no nosso país.

No que concerne aos serviços clínicos do HP que receberam os doentes dos PALOP, (fig. 2), 65% da nossa população alvo foram encaminhados para o Serviço de Cardiologia, 15% para a Hepatologia e 6% para os Serviços de Cirurgia.

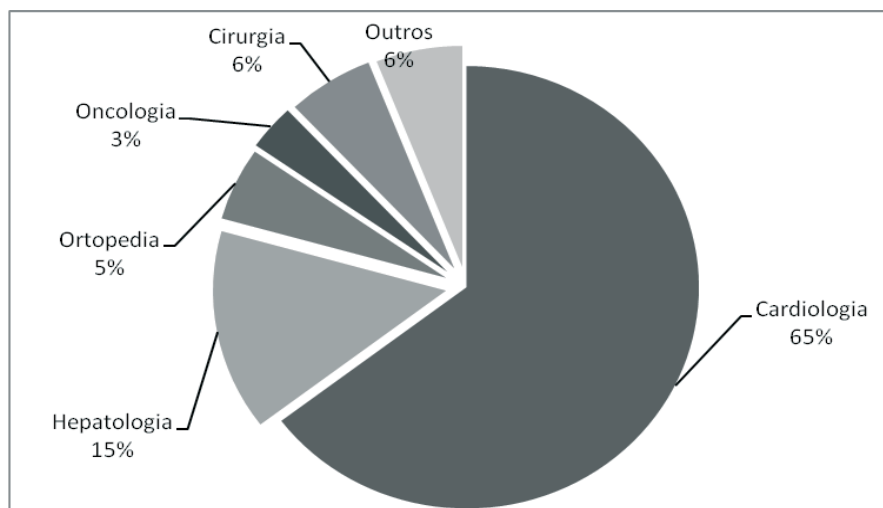


Figura nº 2 - Distribuição dos doentes por serviços clínicos

Relativamente aos doentes assistidos no Serviço de Cardiologia, importa referir que esta percentagem se deve ao Projeto de

Telemedicina, realizado com os Hospitais da Praia e do Mindelo (Cabo Verde), São Tomé e Príncipe e o Hospital Pediátrico de Luanda (Angola).

Em relação à distribuição por sexo (fig. 3), verificou-se que a população alvo é composta por 53% de indivíduos do sexo masculino e 47% do sexo feminino.



Figura nº 3 – Distribuição dos doentes por sexo

Quanto à faixa etária, distribuída entre os 0 e os 18 inclusive, (fig. 4) o intervalo de 1 a 2 anos é o que tem a maior expressão com 28%.

Podemos assim, realçar o facto de que 67% das crianças têm menos de 6 anos de idade.

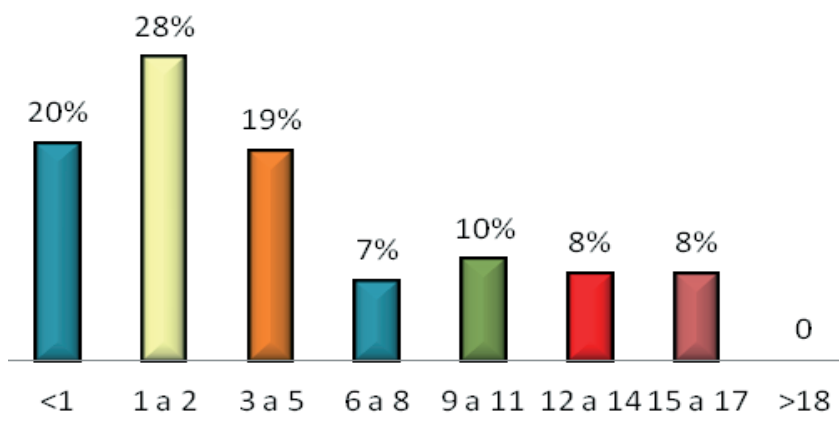


Figura nº 4 – Distribuição dos doentes por idades

Relativamente à situação escolar dos doentes (fig. 5), constatamos que, no seu país de origem, 29% são estudantes e 65% não frequentam qualquer instituição escolar, mantendo-se no domicílio com os pais e/ou família alargada.

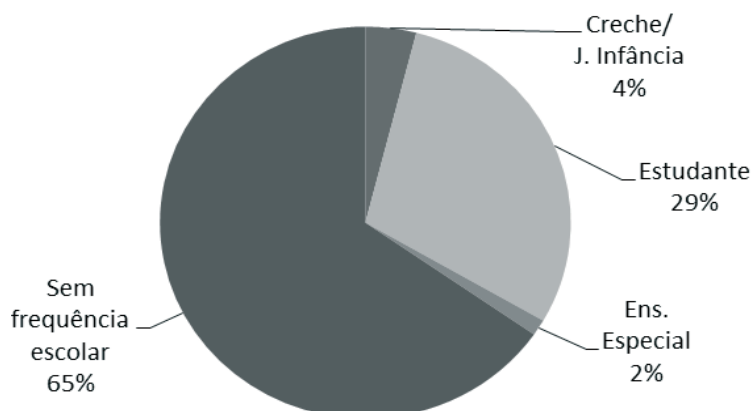


Figura nº 5 – Distribuição dos doentes em relação à sua situação escolar

Agregado Familiar

Analisando o tipo de família destes doentes, no país de origem, podemos constatar na fig. 6, que 62% das famílias são nucleares e 20% são monoparentais.

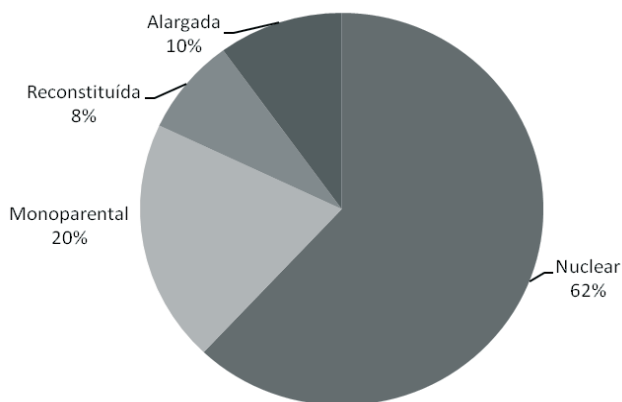


Figura nº 6 – Distribuição por tipo de agregado familiar no país de origem

A tipificação das famílias que aqui representámos não é decerto a africana, pois, tal como refere Henriques (2012): *“As figuras de “mãe, pai e irmãos” não correspondem ao conceito europeu.”* Verificámos assim que, apesar de não ser uma variável incluída do nosso estudo, a maioria das famílias nucleares, tem o apoio da família alargada no país de origem, o que confirma o mesmo autor, ou seja, *“extravassam os laços de sangue derivando para a existência de famílias extensíssimas”*. São estas que apoiam os outros filhos durante a permanência dos acompanhantes da criança/jovem doente em Portugal.

Para mais facilmente se fazer a leitura das duas figuras seguintes, agrupámos os progenitores, primeiro por escolaridade e depois por profissão.

Como se pode observar pela análise da fig. 7, o grau de escolaridade predominante que foi encontrado em ambos os progenitores situa-se num nível baixo, 53% não ultrapassaram o ensino básico (19% pai e 34% mãe), ou mesmo sem escolaridade, 19% (7% pai e 12% mãe).

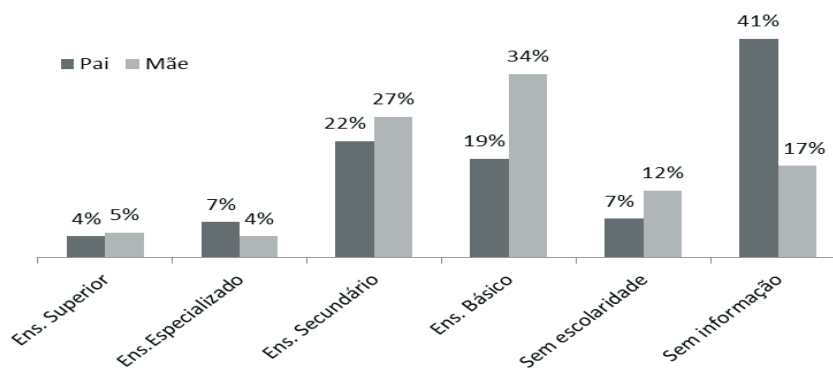


Figura nº 7 – Distribuição por escolaridade dos pais

Relativamente à profissão (fig. 8), realçamos que 75% são trabalhadores rurais (21% pai e 54% mãe).

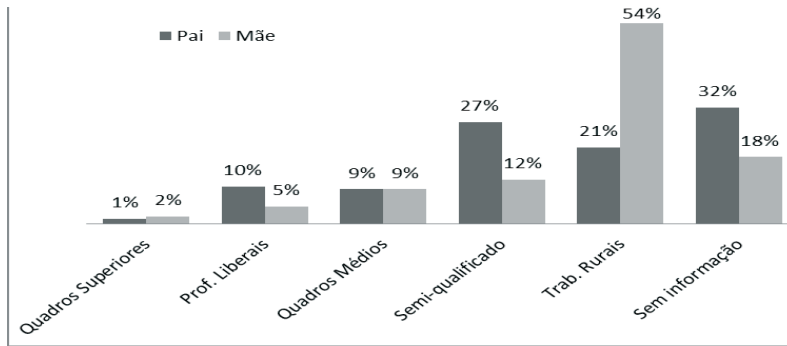


Figura nº 8 – Distribuição por profissão dos pais

O item “Sem informação” das figuras 7 e 8 deve-se ao facto da informação transmitida pelos acompanhantes não ser objetiva ou ser desconhecida.

Tal como no estudo de Henriques (2012), estes também são mulheres e homens com um baixo nível de escolaridade e baixa qualificação profissional, dedicando-se na sua maioria a uma agricultura de subsistência, no país de origem.

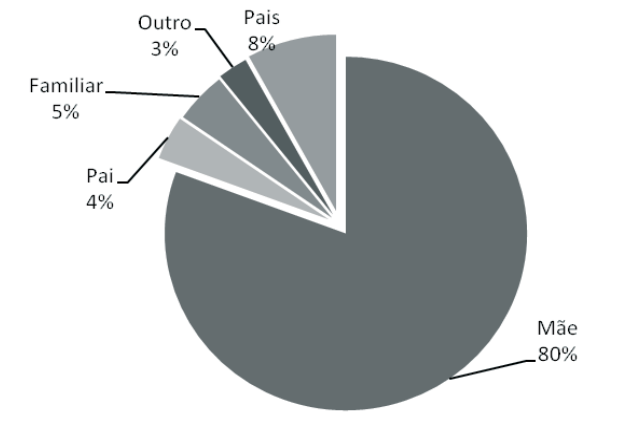


Figura nº 9 – Representação gráfica do acompanhante do doente

Podemos verificar na Figura 9 que em 80% da população, o acompanhante do doente é a mãe.

Esta evidência, confirma o que nos refere Henriques, 2012: “O forte peso do sexo feminino nesta amostra evidencia o facto das mulheres continuarem a ter em África um papel preponderante nos cuidados com os filhos, largando tudo por eles, transformando-se em “mães coragem”, “esquecendo-se por tempo indeterminado” dos outros filhos que ficaram em África.”

Rede de suporte em Portugal

Em relação à rede de suporte, verificou-se que 78% dos doentes e acompanhantes têm suporte formal e informal, 16% têm apenas suporte formal e 6% somente suporte informal, conforme mostra a Figura 10.

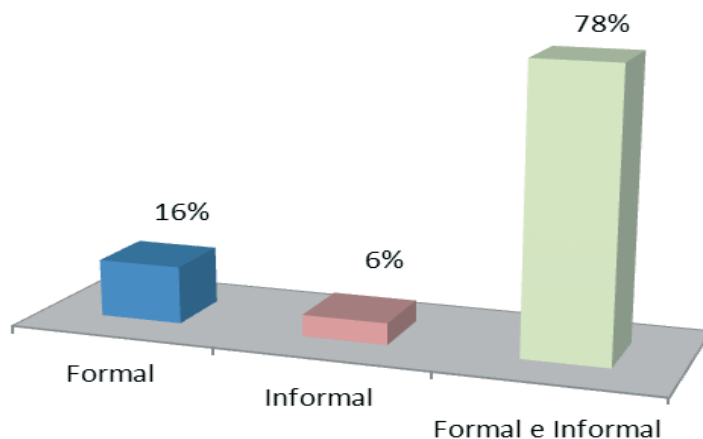


Figura nº 10 – Representação das Redes de suporte em Portugal

Em relação ao suporte das redes formais e informais e considerando que se encontram num país com cultura e estilo de vida diferentes, com barreiras linguísticas, distante do seu meio, verificámos que o suporte económico, psicológico e cultural da maioria dos doentes e acompanhantes, assenta nas redes familiares e de amigos. A solidariedade entre os africanos é muito forte. Alguns dos que não têm família nem amigos em Portugal, vivem da generosidade dos seus compatriotas. (Henriques, 2003)

A intervenção social no HP com os doentes evacuados dos PALOP

O Assistente Social apresenta-se como um mediador privilegiado entre a organização/doente/família e a equipa de saúde, valorizando a relação humana e técnica. Também Martinelli (2003) vem situar o Serviço Social no campo dos direitos e da proteção social.

O Serviço Social protagoniza a intervenção social em várias estruturas de cuidados de saúde primários e diferenciados. Na área da saúde integra equipas multidisciplinares, através de ações complementares e interdisciplinares, partilhando responsabilidades.

No HP, o Serviço Social privilegia na sua atuação a área da doença crónica, por ser nesta que se verifica uma maior incidência de problemáticas familiares e sociais, bem como um agravamento das já existentes. Neste âmbito, desenvolve a sua intervenção numa dimensão individual e familiar – serviço social de caso – através do atendimento, orientação e seguimento sistemático de todas as situações.

Tendo em conta que uma das funções do Assistente Social, cada vez mais importante, é a gestão do caso, compete-lhe acolher, caracterizar as famílias, identificar as necessidades e problemas sociais, informar sobre os direitos, mobilizar recursos, promover a qualidade de vida, reabilitar e reintegrar a criança/jovem e sua família, assumindo o seu papel como agente de mudança.

Esta intervenção do Serviço Social, tem como base um conjunto de procedimentos inerentes à sua especificidade: a entrevista de acolhimento, definição do diagnóstico social, a elaboração de um plano individual de acompanhamento psicossocial à família e a garantia da continuidade de cuidados.

A população utente do HP - crianças/jovens dos 0 aos 18 anos - é caracterizada pela diversidade de culturas e etnias, reflexo da população imigrante que o nosso país acolhe. Entre esta, incluem-se os doentes evacuados ao abrigo dos Acordos de Cooperação com os PALOP, aos quais esta unidade hospitalar dá resposta.

Ser Assistente Social hospitalar é ter capacidade de afirmar questões éticas e defender direitos sociais; prestar serviço com

qualidade; ser capaz de lidar com situações de doença que levam a contextos de vulnerabilidade. O modelo de intervenção do Serviço Social é cada vez mais holístico.

É de referir a importância da articulação entre a equipa terapêutica e o Serviço Social, para que haja uma complementaridade dos cuidados prestados no apoio aos doentes evacuados. Estes podem ter que se confrontar com a demora na avaliação e tratamento clínico, o que contribui por vezes para um prolongamento da sua permanência em Portugal. A este facto, acrescem ainda os escassos apoios, as situações de carência económica, o desconhecimento de direitos e deveres, intervindo assim o Serviço Social no sentido de colmatar estas dificuldades.

O diagnóstico social elaborado resulta do estudo social, do conhecimento da patologia clínica que motivou a evacuação do doente, do contexto de que são provenientes e da situação de permanência no nosso país.

No HP, a intervenção social específica para os doentes evacuados dos PALOP geralmente é planeada e agendada com a equipa multidisciplinar. No entanto, outras situações são sinalizadas ao Serviço Social por indicadores de risco social ou por referência de instituições da comunidade.

O apoio social consiste essencialmente no acolhimento e estudo sociofamiliar, perceber a existência ou não de resposta habitacional e a capacidade da família para fazer face às despesas relacionadas com a saúde e de primeira necessidade, assim como a sua situação legal de permanência em Portugal.

Uma das preocupações centra-se na integração da criança/jovem e seu acompanhante no serviço, considerando as necessidades específicas de âmbito cultural, étnico e linguístico, respeitando o seu *modus vivendi*. É exigido por parte de todos os profissionais uma especial atenção na identificação destas necessidades para lhes dar resposta, tendo em conta os recursos hospitalares.

Verificamos que, sendo famílias com escassos recursos, muitas são as dificuldades sociais e económicas com que os doentes e familiares evacuados se deparam quando chegam a Portugal.

Os procedimentos do Serviço Social mais frequentes são

assegurar a articulação com a rede informal, familiares ou amigos residentes em Portugal e/ou beneméritos, bem como com a rede formal, tal como as embaixadas, DGS, SEF, unidades de saúde, Instituições Particulares de Solidariedade Social e outras entidades.

Após a alta e/ou durante o seguimento em ambulatório é premente garantir um apoio efetivo na continuidade de cuidados, nomeadamente na aquisição de medicação, transportes para deslocações aos serviços de saúde e assegurar a satisfação das suas necessidades básicas que, segundo o estipulado nos acordos, é da responsabilidade das respetivas embaixadas. No entanto, nem sempre é o que se constata e, pelos escassos recursos que as mesmas disponibilizam, estas famílias ficam sem meios de satisfazerem estas necessidades. Os acompanhantes relatam ainda as fracas condições das pensões onde foram alojados e a alimentação deficitária. Problemas semelhantes encontram, por vezes, na habitação de familiares.

O facto destes doentes e acompanhantes terem de suportar o valor total das despesas de saúde com a medicação nas farmácias comunitárias, por não terem estatuto de residente em Portugal, nem os acordos abrangerem estas situações, é um constrangimento face à sua situação precária.

Para colmatar estas falhas, são muitas vezes os familiares residentes em Portugal que se disponibilizam para os apoiarem, e apesar de serem famílias com escassos recursos, são o seu suporte económico, emocional e cultural.

Constatamos ainda, que os próprios acompanhantes, com o desejo de verem os filhos bem, desenvolvem de forma natural estratégias para ultrapassar as suas dificuldades, recorrendo por vezes ao trabalho ilegal de forma a minorar as suas carências o que origina o protelamento do regresso ao país de origem.

Há também crianças/jovens que, no decurso do seu tratamento médico, não têm indicação clínica para regressar ao seu país de origem, situação que pode prolongar a sua permanência em Portugal sem limite de tempo. Nestes casos, a saúde serve de motivo para ativar o estatuto de residente e tem enquadramento legal no art.º 122 alínea g) do D.L. 23/2007, para a obtenção de autorização de

residência, desde que comprovado, através de relatório clínico.

De referir ainda, que foram identificadas situações que chegam ao HP sem processo de evacuação ao abrigo dos acordos de saúde. Estas configuram mais um constrangimento que impõe uma intervenção imediata no sentido de promover a regularização da sua situação.

Resultado do atual estudo e de um processo de reflexão sobre a prática quotidiana junto desta população utente, parece-nos pertinente indicar algumas sugestões de melhoria no processo de acolhimento e acompanhamento da criança/jovem e sua família:

- promover a sensibilização dos profissionais para as especificidades culturais desta população e respeitar as suas diferenças;
- melhorar os circuitos de referenciação de doentes oriundos dos PALOP ao serviço social, permitindo uma intervenção em tempo útil;
- sensibilizar as entidades competentes para uma maior adequação dos acordos de cooperação à realidade atual e necessidades efetivas desta população utente, e ao cumprimento dos acordos por parte dos países de origem.

Considerações finais

O perfil do nosso universo, tal como no estudo de Henriques (2012), também se enquadra no perfil geral dos imigrantes oriundos dos PALOP que se encontram em Portugal, ou seja, baixa escolaridade e baixas qualificações profissionais. A sua profissão nos países de origem está relacionada com a agricultura, a pesca, a criação de animais de pequeno porte para venda, a construção civil, entre outras.

Além deste background, estas famílias são de um modo geral, um grupo vulnerável no que concerne à saúde, à falta de conhecimentos sobre os seus direitos, às dificuldades económicas, às deficitárias condições habitacionais ou a situações de ilegalidade. Esta vulnerabilidade é ainda agravada pelas barreiras linguísticas,

culturais e estilos de vida.

O Serviço Social hospitalar tem em conta todas estas vulnerabilidades que, aliadas à dificuldade de integração e adaptação às normas hospitalares, à dificuldade de vivência do processo de doença crónica das suas crianças com necessidade de terapêuticas e deslocações frequentes ao hospital, implicam um acompanhamento sistemático destas famílias.

Estas fragilidades são minimizadas pela solidariedade da família que se encontra em Portugal e que muitas vezes extravasa “...os laços de sangue diretos estendem-se às tias, aos tios e aos primos nos mais variados graus, ao ponto de, a dada altura, não se saber exatamente quem são os verdadeiros pais, os verdadeiros irmãos (que podem ser pais ou tios, que podem ser irmãos ou primos).” (Henriques, 2012)

A DGS nos últimos anos tem feito um esforço para definir procedimentos no sentido de pôr em prática os direitos e obrigações estipulados nos acordos de saúde efetuados após 1977. Apesar disso, os PALOP enviam os doentes sem assegurar alguns apoios a que estão obrigados, descurando desta forma os Direitos Humanos fundamentais.

Apesar das dificuldades e das ruturas culturais ou familiares com que estes indivíduos se deparam, aliadas às escassas condições do país de origem, muitos optam por ficar a residir em Portugal. Esta decisão implica que no país de origem permaneçam os outros filhos e restante família que *a posteriori* usufruem de reagrupamento familiar, permitido pela Lei de Estrangeiros - Artigo 98º n.º1 da Lei n.º 23/2007, de 4 de Julho.

Concluimos que o incumprimento dos países de origem quanto às suas obrigações estabelecidas nos Acordos de Cooperação induz a situações de precariedade que muitas das vezes são colmatadas não só pelo apoio de familiares mas também de amigos, movimentos associativos e até mesmo de beneméritos que se disponibilizam para os apoiarem.

É imprescindível adequar estes acordos à realidade atual e às necessidades efetivas desta população utente, melhorando também os circuitos de referência ao Serviço Social, permitindo uma intervenção eficaz e em tempo útil.

A intervenção do Serviço Social “*com estas famílias, implica encontrar alternativas que possam amenizar o impacto de todo o processo de mudança a que estão sujeitas de forma a usufruírem de direitos sociais em prol do seu bem-estar.*” (Pitarma, 2014).

Parece-nos essencial a monitorização da permanência destes doentes em todo o processo de evacuação, assegurando a equidade das condições de acesso e permanência, bem como assegurar o regresso do doente e acompanhante assim que reúnam condições de alta clínica.

São famílias que trazem consigo a esperança da cura da doença dos seus filhos ou da melhoria do seu estado de saúde, mas que muitas vezes se deparam com uma realidade desafiante e difícil. No entanto, de forma paradigmática, esta realidade volta a sugerir-lhes novas esperanças... de melhor saúde para a criança ou até de melhor qualidade de vida para elas e suas famílias fora do país de origem.

É neste momento que reavivamos a esperança de poder contribuir para uma melhor resposta social a esta população, uma vez que a principal questão se prende com direitos fundamentais para os seres humanos, sendo um deles o direito à saúde e uma vida digna.

Nota: Alerta-se que os resultados encontrados neste estudo não podem ser generalizados para o universo de todos os doentes evacuados provenientes dos PALOP uma vez que incidiu apenas na população utente do Hospital Pediátrico em Coimbra.

Bibliografia

- Caetano, S. (ACSS), Correia, C., Silveira, E. (DGS) (2013). *Manual de Acolhimento no Acesso ao Sistema de Saúde de Cidadãos Estrangeiros*. Portugal: Ministério da Saúde.
- DGS - Circular Normativa da DGS, nº 4, 2004: “Normas gerais de encaminhamento e assistência a doentes oriundos dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) ao abrigo dos Acordos de Cooperação no domínio da saúde.”

- DGS - Orientação da DGS, nº 6/2011: “Clarificação de procedimentos relativos a doentes que recebem assistência médica no Serviço Nacional de Saúde, ao abrigo dos acordos de cooperação no domínio da saúde entre Portugal e os PALOP”
- Gouveia, J. (1993). *Acordos de Cooperação entre Portugal e os Estados Africanos Lusófonos*. Lisboa: Cooperação Portuguesa e Revista de Cooperação.
- Henriques, M. Adelina (2009). *Argumentos para uma viagem sem regresso. A imigração PALOP por via da saúde. Um estudo de caso*. Lisboa: ISCTE, tese de Mestrado.
- Henriques, M. Adelina (2012). A imigração PALOP em Portugal. O caso dos doentes evacuados. *Fórum Sociológico* [Online], 22, posto online no dia 26 Fevereiro 2013, consultado a 02 Abril 2013. URL : <http://sociologico.revues.org/573>
- Martinelli, M. (2003). Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica. *Intervenção Social*, 28: 9-18.
- Pitarma, D. (2014). O Serviço Social na Unidade de Transplantação Hepática Pediátrica e a criação da Associação de Crianças e Jovens Transplantados ou com Doenças Hepáticas – HEPATURIX, pelo Direito à Saúde. Tese de Mestrado, Coimbra: ISMT. URL: <http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/410/1/Servi%C3%A7o%20Social%20UTHP%20HEPATURIX-Dulce%20Pitarma.pdf> (Consultado em 12/10/2016)
- Vaz, O. R. Florência, (2012). Estudo sobre a evacuação de doentes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa para Portugal. Tese de Mestrado, Lisboa. Disponível em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3148/1/DM_21815.pdf (Consultado em 06/09/2016)